

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DISCURSOS, PRÁTICAS E DESAFIOS

HEALTH EDUCATION: DISCOURSES, PRACTICES, AND CHALLENGES

Nélia Cristiane Almeida CALDEIRA* 

Emília Carvalho Leitão BIATO** 

Resumo: Os processos educativos em saúde compreendem formas através das quais ocorre a interação entre o profissional de saúde e a população, considerando-se os modos de agir dos indivíduos no cotidiano pautados pelos contextos social e cultural nos quais estão inseridos, em articulação com vivências tão coletivas quanto singulares. Objetivou-se, com este estudo, problematizar aspectos educativos que envolvem as mães de RNs prematuros durante a hospitalização na UTI neonatal. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Optou-se pelo método de timpanização como trilha a ser percorrida e pela oficina de transcrição (OsT) como estratégia de investigação. A realização da OsT, como prática favorecedora de processos criadores e da coparticipação, permitiu a disseminação de sentidos sobre a educação em saúde na UTI. Como cadeia de suplementos tem-se um educar em saúde tomado como um agir artístico, com possibilidades de trazer o inédito e o protagonismo de todos os envolvidos.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Mães; Recém-nascido Prematuro; Terapia Intensiva Neonatal.

Abstract: Health education processes include ways in which the interaction between health professionals and the population occurs, considering the ways in which individuals act in their daily lives, guided by the social and cultural contexts in which they are inserted, in conjunction with experiences that are both collective and singular. The objective of this study was to problematize educational aspects involving mothers of premature newborns during hospitalization in the neonatal ICU. This is a qualitative research. The tympanization method was chosen as the path to be followed and the transcreation workshop (OsT) as the research strategy. Carrying out the OsT, as a practice that favors creative processes and co-participation, allowed the dissemination of meanings about health education in the ICU. As a chain of supplements, health education is considered an artistic act, with possibilities of bringing the unprecedented and the protagonism of all those involved.

Keywords: Health Education; Mothers; Infant, Premature; Intensive Care, Neonatal.

Submetido em 21/08/2024. Aceito em 01/03/2025.

* Enfermeira na UTI Neonatal do Hospital Universitário de Brasília. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros/MG. Mestre em Educação Profissional pela Universidade de Brasília. E-mail: neliacristianecg@gmail.com

** Professora associada da Universidade de Brasília, docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Educação/Modalidade Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e do Departamento de Odontologia. Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense. No período de 2023/2025, esteve em processo de pós doutoramento no Centro de Ciências Sociais da Universidade de Coimbra-Portugal. E-mail: emiliacbiato@yahoo.com.br



Introdução

Os processos educativos em saúde compreendem formas através das quais ocorrem a interação entre o profissional de saúde e a população, considerando-se os modos de agir dos indivíduos no cotidiano pautados pelos contextos social e cultural nos quais estão inseridos, visando à articulação dessa vivência com o contexto científico (Luiz, 2013).

Tradicionalmente, a educação em saúde tinha como proposta ensinar principalmente sobre regras de higiene e comportamentos “adequados”, quase sempre descontextualizados da realidade comunitária, para controle de doenças infectocontagiosas, reproduzindo desta forma, a postura e os interesses das classes dominantes. Estas ações educativas, a depender da perspectiva que as fundamentam, ocorrem a partir de diálogos unidirecionais no fluxo profissional de saúde-população, sendo o conhecimento popular totalmente desprezado (Maciel, 2009).

Há um modelo, denominado monológico, muito usado na educação sanitária, mas também em instituições e por profissionais na área da saúde, caracterizado tanto por privilegiar ações “informativas” quanto por também influenciar os modelos comportamentalistas, baseando-se na padronização do comportamento do usuário, dificultando o seu conhecimento sobre o meio em que vive e por conseguinte, uma interação dialógica com ele.

Se a atitude do profissional de saúde e dos indivíduos atendidos por ele tende a normatizar a vida do outro, limitando ou impossibilitando suas escolhas, isso leva à percepção de que um comportamento ou estilo de vida pode estar resultando de um modo prescritivo. A educação em saúde baseada em uma verticalidade da relação entre profissional e população, com ações padronizadas e sem flexibilidade, sugere uma associação com uma visão dualista envolvendo o processo saúde-doença, no qual é considerada a existência de modo de agir correto x modo de agir que predispõe ao risco (Biato; Ceccim; Monteiro, 2017).

O dualismo se prolonga em uma polaridade que impregna a vida como um todo, provocando no processo ensino-aprendizagem uma espécie de reducionismo entre alguém que sabe e aquele que não sabe; entre o educador que fala e o educando que escuta. Outra consequência deste dualismo pode ser vista na desvalorização do saber dos usuários em muitas condutas e atividades no campo da saúde. O usuário tem a sua participação, o seu viver, o seu adoecer, o seu morrer apagados em um processo totalmente dominado pelo saber científico (Biato; Ceccim; Monteiro, 2017).

Não há que se supervalorizar uma verdade absoluta, pois há uma multiplicidade muito potente além das instituições de saúde, além destes lugares e discursos. Diminuir a participação do usuário é simplificar as suas experiências com saúde, doença, morte e vida, enfim, as suas vivências. A potência dos encontros entre usuário e profissional ultrapassa a questão do saber. O fator que distingue uma prática ou uma conduta de outra não é o conhecimento, que também faz parte e é importante, mas sobretudo, a forma como é conduzida; se centrada no acolhimento, na integralidade ou não (Ceccim; Merhy, 2009).

Práticas e conceitos rígidos adotados na educação em saúde podem ser desconstruídos, a questão é como “tatear”, deslocar o pensamento e assentar novas perspectivas. As questões em saúde – educação, assistência, promoção, da forma como são tratadas, sugerem muitas vezes uma valorização em torno da “coisa mesma” (Biato; Ceccim; Monteiro, 2017, p. 625). Apostar na desconstrução é investir na possibilidade de estar diante destas relações complexas que envolvem as questões de saúde, provocando maneiras novas de pensar. O infinitivo destruir não cabe aqui, pois o foco está na expansão de limites em busca do novo.

É comum que os indivíduos tenham acesso ao conhecimento científico como meio de obter informações e adquirir novos hábitos. Para isso, muitas vezes, são utilizados métodos que superam a questão puramente biológica, na tentativa de abarcar o usuário em sua integralidade. No entanto, ocorre um estímulo à aquisição de novos comportamentos já disponíveis em uma paleta de valores: “são mínimas as frestas dos saberes, e são predominantes as forças de formação dos rebanhos, ou seja, a padronização do conhecimento, para que haja o nivelamento dos comportamentos que visam à saúde” (Biato; Monteiro, 2013, p. 14).

Esta hierarquia seria diferente se fosse substituída pela simetria, por um modelo que propusesse mais condições de reciprocidade entre os atores sociais, sem comprometimento da participação ativa dos profissionais. A configuração de um arranjo mais harmônico entre esses atores busca também a construção de um vínculo de corresponsabilidade entre ambos (Martínez-Hernández, 2010).

A reconfiguração das relações permitiria um caminhar orientado à formação de um modelo dialógico, caracterizado pela convivência mais orgânica e complementar dos vários discursos que incluem saúde e doença, tornando possível uma educação em saúde em que cada indivíduo seja autor de sua própria trajetória no processo saúde-doença (Martínez-Hernández, 2010).

Discutir a educação em saúde importa, porque de alguma maneira impacta na vida dos indivíduos e nos espaços sociais em que eles transitam, principalmente quando a abordagem envolve a promoção de saúde.

No contexto das análises conceitual e política e dos efeitos que resultam da adoção de uma outra perspectiva, busca-se, aqui, um processo de desconstrução acerca da educação em saúde. O que se entabula são desafios ainda vigentes na interface educação-saúde, concomitantemente com as práticas que contemplam a singularidade e o acolhimento. Trata-se de realizar um apontamento para meios que evitem a despersonalização do indivíduo e que valorizem uma gestão compartilhada e transformadora.

A intenção deste estudo foi, de um lado, questionar uma hierarquia que ainda parece vigorar na educação em saúde, com a soberania dos profissionais nas práticas educativas, e em outro ângulo, apontar para as frestas aí existentes como abertura a um “agir micropolítico” (Ceccim; Merhy, 2009, p. 541), no qual predomina a oposição às vigências disciplinares, ao instituído, buscando “outros modos de ser-existir, inventivos, criativos” (Ibid., p. 533) e com potencial transformador da realidade.

O que motivou a escrita desta pesquisa são as vivências das mães de recém-nascidos prematuros internados em uma UTI neonatal e o desejo enorme de colaborar com elas no âmbito educativo. Com as ideias mais consistentes, percebeu-se que, para aproximar do que realmente possa agregar no processo de

tornar-se do binômio mãe-bebê, parece pertinente compreender sobre a condição da educação em saúde a partir do diálogo. Transpô-la para este contexto traz a possibilidade de alcançar um sentido maior e múltiplo quanto ao objetivo aqui proposto: identificar os aspectos educativos que envolvem as mães de RNs prematuros durante a hospitalização em uma UTI neonatal.

A educação em saúde, no contexto em questão, percorreu um caminho marcado pelas pegadas das noções filosóficas de Jacques Derrida sobre a desconstrução e a tradução.

1. Método: gestos de timpanização como caminho

Este é um estudo qualitativo baseado em uma perspectiva teórica pós-crítica. Trata-se de uma abordagem teórico-metodológica em que o alinhamento dos conceitos com a abordagem teórica adotada pelo autor constitui instrumento importante na condução das investigações (Vargas; Xavier, 2013).

O gesto de timpanização, ligado à filosofia, foi proposto por Jacques Derrida (1991) como uma fuga ao pensamento dualista. Pressupõe uma ruptura da membrana timpânica, a qual é responsável por uma divisão de espaços. Tal operação remete a uma fuga ao binarismo (o dentro e o fora) e pode desdobrar-se em transbordamento (Biato; Ceccim; Monteiro, 2017).

Compreendendo que o “timpanizar” pode ser um meio de provocar o pensamento acerca das práticas que envolvem a atenção e a educação em saúde, apostar-se-á neste gesto como caminho de aproximação. Estão incluídas e em destaque aí as interações entre profissional e usuário nos cenários onde ocorrem a atenção e a promoção da saúde. Na junção do texto (que permite aproximação do timpanizar) com outras noções derridianas tem-se um método cujo percurso conduzirá à provocação do pensamento. Tal proposição foi feita por Biato (2015) em sua tese de doutorado “Oficinas de escrituras: possibilidades de transcrição em práticas de saúde, educação e filosofia”.

Foi escolhido o método de timpanização como trilha a ser percorrida para compor este estudo. Acrescentou-se a ele uma estratégia de investigação que conduzisse ao alcance das partilhas que poderiam resultar deste percurso. A oferta de Oficina de Transcrição foi o modo pensado para colocar este processo em prática, por se constituir em uma metodologia que prevê momentos de interação, de experimentação e de troca de saberes a partir de uma horizontalidade que convoca à reflexão e à construção do saber. Busca-se uma tradução criativa a partir da atividade proposta. Neste sentido, busca-se utilizar materiais que funcionem como provocação aos envolvidos (escritores) em suas transcrições.

Existem diversas maneiras de se educar em saúde, as perspectivas também são diversas. Pressupõe-se que a oficina de escritura seja uma metodologia que possibilita abordar a temática educação em saúde a partir das vivências de mães de RNs prematuros com certa fluidez, sem imposição de normas e, ao mesmo tempo, “com rigor na garantia da criação, da experimentação do inusitado” (Biato, 2015, p.14). Em um processo de empatia com o original, os escritores projetam, através de suas traduções, as suas fantasias e recriações. Através da escritura (escritas e leituras que acontecem de forma simultânea), utilizam a sua capacidade imaginativa, processando uma interpretação singular do original (Corazza, 2013).

A escrita, este ler e escrever em meio ao que se vive, é uma ferramenta a ser utilizada juntamente com um texto, e a expectativa está sempre na produção de sentidos diversos e na criação de novas conexões (Corazza *et al.*, 2014). Indissociável da tradução, a escrita atravessa os originais modificando-os em um processo de transcrição, trazendo o distante e o novo para perto, jamais se limitando a uma simples reprodução. Para assegurar o movimento tradutório nas OsT são utilizados textos disparadores, que podem ser artísticos, filosóficos, musicais, que funcionam como instrumentos com grande potencial na extração de novas significações (Biato; Nodari, 2020).

Aquele que se denomina oficineiro tem a invenção como principal característica do seu fazer, as suas ações são endereçadas e instigam. O educador parece ser movido por este movimento, desejoso de “novas significações [...] que dobram fazeres, sentires, uns sobre os outros” (Corazza, 2013, p. 101).

O cenário deste estudo foi uma UTI neonatal de um hospital público do Distrito Federal, o qual conta com 10 leitos e, juntamente com a Maternidade, Centro Obstétrico e Banco de Leite Humano, atendem ao binômio mãe-filho. Optou-se pela realização da pesquisa na UTI neonatal desta instituição por se tratar de um serviço de referência no atendimento a RNs prematuros classificados como de médio/alto risco, com uma estrutura que permite a permanência materna no hospital.

Participaram do estudo as mães que consentiram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após receberem informações pertinentes à pesquisa. A participação no estudo ocorreu durante o tempo de internação do RN na UTI neonatal, sem prejuízo às rotinas maternas e do bebê.

Os critérios de inclusão para participar foram: ser mãe de bebê nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas e com período de internação na UTI neonatal de, no mínimo, sete dias. Inicialmente, definiu-se como doze o número de participantes, porém a alteração temporária do perfil de Unidade de Cuidados Intensivos para Unidade de Cuidados Intermediários fez com que o número de participantes também fosse alterado. Assim, a OsT foi ofertada a 6 mães cujos bebês estavam internados.

A OsT realizada, inspirada no conceito derridiano de tradução, teve como intenções: ouvir e acolher as mães quanto ao que têm vivenciado durante a internação dos seus bebês na UTI neonatal, enfatizando principalmente a temática que contempla suas necessidades educativas; propiciar uma atenção singular ao material transcrito e assinado por cada mãe.

Para compor a OsT foram pensados e preparados momentos de leitura e de discussão que constituíram o ponto de partida para a participação das mães enquanto escritoras. O disparo inicial nesta OsT foi feito através da leitura de dois textos. Foi utilizado o poema “Palavras são janelas (ou são paredes)” de Ruth Bebermeyer (Rosenberg, 2021). O outro texto, constituído pelas palavras de Samuel Beckett (1990, p.57), diz: “Uso as palavras que me ensinaste/ Se não querem dizer nada/ ensine-me outras/ Ou deixe-me calar”.

Esta OsT, denominada “Entrelinhas e vozes”, ocorreu em uma das dependências do hospital na tarde do dia 18 de junho de 2022. A partir da leitura dos textos e de alguns questionamentos baseados no

contexto, as mães foram instigadas à leitura transcriadora dos trechos, considerando as vivências do período de internação dos seus RNs até aquele momento.

Com os escritos em mãos, alguns pontos importantes acerca da timpanização foram retomados para melhor entendimento. A timpanização, enquanto método, é composta por três gestos relacionados entre si e inseparáveis: “tatear escombros, disseminar sentidos e criar cadeias suplementares” (Biato, 2015, p. 16). Os trechos elaborados pelas mães dos RNs prematuros na oficina “Entrelinhas e vozes” foram discutidos à luz dos gestos de timpanização.

A pretensão foi correlacionar as diversas perspectivas no âmbito da díade saúde-educação. Um movimento com o propósito de desconstruir encontros com pautas e posturas engessadas e que não valorizam a participação do usuário.

Em um primeiro gesto, o de tatear escombros, como propõe Biato (2015, p. 124) ocorre a “experimentação de sentidos e conceitos, é suplementação do que já existe, a partir dos cruzamentos da desconstrução com a ficção”. Parece haver uma movimentação no sentido de se desprender da representação dos conceitos na tentativa de instigar modos diversos e inovadores de pensar. Cabe notar que “o objeto da desconstrução lhe serve de substrato, como escombro”. Lembrando que “escombros não são organizados” (Biato, 2015, p. 125).

O que se espera em seguida é “disseminar sentidos”, ato expectante associado ao escreitor e ao pesquisador, caracterizado pelo espalhamento de pontos de fuga ao que está posto e aos absolutos. É um caminhar na indecidibilidade, sem pretensão de afirmar que existe apenas um meio de se fazer e ser efetivo em educação em saúde. É utilizar o original sem se preocupar com a manutenção da fidelidade, mas com o exercício de disseminar sentidos outros que existem e são viáveis (Biato, 2015, p. 125). Disseminar sentidos é semear em prol da criação e da transgressão, fugindo de dualismos e de síntese (efeito neutralizador das oposições). A ausência de referências é que marca a disseminação de sentidos.

Criar cadeias de suplementos chega como o terceiro e último gesto, aderindo à lógica do suplemento, reafirmando a importância do despregamento com pensamentos que insistem em retomar à origem, à identidade da coisa mesma e à instauração de extremos e dualismos. Que o suplemento possa ser entendido como excesso, aquilo que chega para agregar e não para suprir uma falta. Se assim o fosse, caberia ser chamado de complemento (Biato, 2015).

Transpondo para a educação em saúde, o que se espera que seja suplemento? A partir do momento em que se pontua que não há um trabalho com binarismos ou referências, o que se tem é que as práticas e discursos existentes e o que estão por vir não tem efeito anulador uns sobre os outros. Um modo de se educar em saúde pode acrescentar sentido em outro, sem que o segundo afete a plenitude do primeiro. A adição que pode ser operada ao se juntar metodologias diferentes produz rastros, formando cadeias suplementares. Desta forma, “são contrários que se justapõem, convivem e se suplementam”, não há pretensão de se alcançar um terceiro termo e nem consensualidades (Biato, 2015, p. 125).

Buscam-se, desta maneira, aproximações diversas em relação à educação em saúde, compreendendo que os conceitos, os pensamentos e o que eles ecoam são provisórios. Ciente da impossibilidade de dominar a grandiosidade que o tema traz, a insistência se dará em demonstrar e valorizar que existem mais possibilidades além do que tem sido feito.

2. Resultados e discussão

Participaram da OsT seis mães, com idade entre 29 e 42 anos. Quatro participantes já haviam experienciado uma gravidez anteriormente. A IG variou entre 26 e 32,1 semanas, sendo a pré-eclâmpsia a causa principal do parto prematuro. Na ocasião da realização da OsT, os RNs das mães participantes encontravam-se entre 25 e 115 dias de internação na UTI neonatal.

Ouvir suas sobre os anseios, dificuldades e conhecimentos acerca do cuidado com o filho prematuro foi muito valioso naquele encontro. Compartilhar momentos de fala e de escuta a partir da leitura dos poemas utilizados como elementos disparadores, propiciou a transcrição pelas mães. Os textos transcritos foram identificados com nomes de flores escolhidos pelas mães participantes (Girassol, Flor de Maio, Rosa, Orquídea, Margarida, Violeta).

2.1. Educação em saúde: tateando escombros

A proposta de se trabalhar com oficinas de escrita não surgiu como substituição ao que já vem sendo feito tradicionalmente. Não veio como algo definitivo e com certezas absolutas, mas para romper com a dualidade ainda tão presente no campo educacional. A intenção foi buscar um caminho onde não coubessem dualismos firmados em certo x errado; aprender x ensinar; normal x patológico.

As oficinas de escrita constituem uma tentativa de aproximação da poética da artista em um espaço (hospitalar) cercado de práticas predominantemente verticais e voltadas para o biológico.

Entre vozes e linhas grafadas, foi possível escutar atentamente as mães acerca do que tem sido “janela” e “parede” em suas vivências durante a internação do filho prematuro. Ao tatear escombros nos textos das mães, percebe-se que o discurso de Orquídea é baseado em representações, quando ela associa o bem-estar da filha à alta sem o uso de oxigênio.

[...] Ir pra casa sem oxigênio será o melhor pra ela, conhecer os irmãos, a família vai fazer bem a ela [...] (Orquídea).

Ela não concordava em levar a filha ainda em uso de oxigênio para casa. Não é o mais comum, porém, alguns bebês prematuros apresentam dependência do oxigênio devido às lesões pulmonares em decorrência da imaturidade e das estratégias terapêuticas utilizadas desde o nascimento. Isso não impede a alta, apesar de ser uma situação mais complexa a ser resolvida.

Os usuários dão forma e voz a seus sofrimentos de modo diverso daquele apresentado pela biomedicina. O repertório utilizado pela mãe para tentar entender e interpretar a condição do filho sofre

influências das histórias e experiências já vivenciadas por ela. Esta construção de significados e sentidos que interferem nas expectativas quanto ao cuidado baseia-se assim, nas tradições culturais das histórias familiares e do meio em que vive. É natural, por exemplo, que um processo de adoecimento e tratamento seja aceito com menos dificuldade quando alguém já tenha vivenciado casos semelhantes entre pessoas próximas (Favoreto, 2009).

Parece que para a mãe e para alguns profissionais, a alta hospitalar está associada à independência em relação a todo aparato utilizado na assistência na UTI neonatal. Esta dificuldade em aceitar a alta também pode estar relacionada à insegurança de levar um RN em oxigenioterapia para casa. Isso também fica evidente na narrativa de Flor de Maio:

Às vezes me sinto com muito medo de como será a vida no dia que ela ganhar alta. Acho que queria levar o monitor e umas duas técnicas comigo (risos). Mas igual elas (equipe) fala, quando ela sair da UTIN não vai mais precisar de nada disso (Flor de Maio).

As interações são os mecanismos que conduzem às ações de resistência e de invenção, o que parece se tornar contraditório em espaços e contextos imersos em “práticas inculcadoras/homogeneizadoras” sobrepondo às situações de fragilidade ou de vulnerabilidade (Ceccim; Merhy, 2009, p. 536). Percebe-se uma instabilidade emocional relacionada ao longo do período de internação. Inicialmente, Rosa relata se sentir bem quando está ao lado da filha na UTI neonatal e pelo suporte que recebe da equipe de profissionais e das outras mães com quem divide a enfermaria mãe nutriz. Durante a internação, com o decorrer dos dias, ela passa a demonstrar desespero e impaciência por ainda permanecer no ambiente hospitalar. Os sentimentos vivenciados parecem afetar também a relação com o ambiente e consigo mesma.

Sempre que estou com ela ali na UTI me sinto feliz, completa e tudo se torna mais leve [...] além do cuidado dos médicos e enfermeiros [...] Além das minhas colegas de quarto, não me sinto mais tão sozinha por conta delas também (Rosa).

Eu só quero ir logo pra casa, ter uma vida de uma mãe normal, porque sinto que já cheguei ao meu limite de estar aqui (Rosa).

Verifica-se o uso de conceito binário por Rosa, quando a mesma afirma que em casa poderá exercer a maternidade como uma “mãe normal”. Exercer a maternidade em um ambiente hospitalar não é a expectativa de nenhuma mãe, pois o cotidiano é preenchido por situações e particularidades inerentes ao ambiente hospitalar. Talvez seja esta a razão que fez a mãe pensar que vivenciará uma maternidade “normal” após a alta hospitalar.

Girassol parece questionar e clamar por uma comunicação que seja mais clara e adequada para o seu entendimento sobre o que está ocorrendo com o seu bebê, o que poderia proporcionar um maior bem-estar durante a hospitalização. E mais, poderia evitar ou reduzir o nível de ansiedade e sofrimento maternos. O discurso de Girassol demonstra um certo desconforto em relação a situações em que a informação acerca do seu bebê parece não ter ocorrido em tempo hábil:

Parede pra mim é os médicos não informarem o que está acontecendo com a bebê [...] Pior que tudo que falam eu tô querendo saber mais. Bom é saber que pessoas mais experientes estão cuidando dessas partes. Que não comunica as mães [...] porque os médicos não falam o que realmente tem o bebê e já realizam os exames (Girassol).

É inegável a existência e a aplicabilidade de padrões e taxas ao lidar com fenótipos, determinação de níveis sanguíneos, exames de imagem do corpo humano. Ter a compreensão de que existem valores e que eles guiarão os próximos passos pode gerar uma sensação de sofrimento e de desvio ao corpo, cujas métricas apresentam-se distantes do que se considera normal (Biato; Costa; Monteiro, 2017).

O RNPT apresenta uma forma peculiar de se expressar por meio de mímicas, gestos, posturas, que precisam ser compreendidos pela equipe para que haja uma assistência mais adequada e individualizada. Os sinais apresentados pelo RN prematuro traduzem o seu estado (confortável ou desconfortável, equilibrado ou estressado) e saber reconhecê-los é significar a sua individualidade, o seu jeito único de sentir, de reagir ao manuseio e ao meio. Sendo isso possível, o RN retornará com expressões que denotam o quão está sendo (bem) cuidado (Brasil, 2017).

Traduzir o que o outro sente e os sinais que emite parecem funcionar nesta mesma linha de raciocínio. O que ele originalmente sente é intangível, intocável, mas o profissional de saúde, enquanto tradutor, pode acessar o que o corpo do outro diz e, juntamente com ele, alcançar um ponto comum e terapêutico. Por outro lado, se o profissional se comporta como uma autoridade que detém o conhecimento e poder de decisão e não está disposto a compreender o outro, a sobreposição hierárquica de línguas inviabilizará um consenso, no caso, a solução de um problema que acomete o usuário do sistema de saúde.

Na cultura judaico-cristã existe uma associação muito forte entre o feminino e o sofrimento, especialmente em relação à maternidade. O “padecer no paraíso”, algo que remete à bíblica expulsão do Éden, estendeu-se às descendentes de Eva, que devem parir com dor e seguir padecendo no paraíso, como o exemplo de Maria. Socialmente, uma mãe sacrificar pelo filho é algo de grande valor e que sustenta, ao mesmo tempo, esta relação do feminino com o padecimento e com a abnegação. Quando se aplica esta forma de pensar ao contexto de mães com filhos doentes, a dose de sofrimento ao qual estão destinadas é ainda maior (Paez; Moreira, 2019).

A mãe de um bebê prematuro, muitas vezes sobrecarregada por ter a sua rotina totalmente modificada, o que aumenta quando já tem outros filhos ou não dispõe de rede de apoio, parece suportar uma carga pesada.

Após a exposição de questões relacionadas ao feminino, não surpreende identificar nas narrativas de mães de RNs prematuros um polo de significação da maternidade, associado à ideia do cuidado como algo que é exaustivo e do sofrimento como algo sempre presente. Parece difícil uma opção que não seja a de se firmarem neste lugar.

2.2 Em direção a outras perspectivas ou disseminando sentidos

Desrecalcar outras perspectivas em educação em saúde supõe uma bidirecionalidade na relação profissional de saúde-usuário que consiste em um intercâmbio de mensagens, de ideias e de informações entre ambos. Para isso, é necessário que os usuários deixem de ocupar uma posição de passividade que, ao invés de leigos, sejam respeitados e valorizados enquanto detentores de saberes resultantes de suas vivências, cultura e história.

Reduzir a promoção da saúde às orientações de autocuidado e outras medidas prescritivas, desconsiderando a diversidade cultural da população, os contextos sociais e ambientais, implica em culpabilizar as vítimas por comportamentos tidos como inadequados, que aumentam o risco de doença e que por isso devem ser corrigidos. A base da educação popular está na problematização da realidade por meio do diálogo e na valorização dos saberes populares, o que a distingue da educação sanitária, cuja prática é normativa e prescritiva, configurando na maioria das vezes, uma relação autoritária entre profissional e usuário (Pimentel *et al.*, 2021).

Pensar em uma reorganização da educação em saúde requer uma abordagem que explore as potencialidades dos indivíduos e grupos quanto aos modos de encarar o seu próprio processo saúde-doença. Isso sem isentar os profissionais de saúde de sua responsabilidade, a qual precisa estar articulada à construção da autonomia e do empoderamento¹ dos indivíduos e do coletivo (Biato; Monteiro, 2013).

Abordar textos poéticos com as mães, possibilitar que elas elaborassem as suas narrativas baseadas neles e nas suas vivências durante a hospitalização do filho prematuro teve como propósito disseminar sentidos. E é fundamental atentar para o que isso significa, uma disseminação de sentidos não se limita a uma operação polissêmica, mas a uma explosão de possibilidades, sem pretensão de retorno ao que é familiar ou original (Biato; Ceccim; Monteiro, 2017).

Os dizeres das mães, a partir dos textos de Ruth Bebermeyer e de Samuel Beckett, parecem alcançar uma multiplicação de seus sentidos, considerando o contexto hospitalar no qual estão inseridas. Elas notam e mostram que há mais detalhes a saber sobre os processos que ocorrem durante a internação dos seus bebês, que superam um modo linear de interpretar.

Quando Orquídea afirma que a alta hospitalar da filha sem a oxigenioterapia é melhor para ela, seria uma insegurança em lidar com este bebê “complexo” ou medo da criação de uma imagem negativa da filha ou ambos? Que tipo de sentimento pode ser gerado em uma mãe que se vê desapontada diante das expectativas de normalidade ditadas pela sociedade? À equipe cabe não apenas informar sobre a alta e tentar convencer a mãe de que é possível, mas trabalhar além das questões técnicas relacionadas ao uso domiciliar de oxigênio. É preciso contribuir com esta mãe no sentido de que ela pode criar para si e para seu bebê novas normas do que seja normal e assim se sentir perante aqueles que os cercam.

¹ Empoderamento: relacionado ao desenvolvimento crítico e à capacidade de agir e realizar escolhas conscientes (BIATO; MONTEIRO, 2013, p. 17).

Esta discussão suscita um adendo em relação aos usuários portadores de doenças crônicas ou àqueles responsáveis por eles, situação que remete à necessidade de uma associação efetiva entre o cuidado hospitalar e o domiciliar. Para isso, torna-se necessário ampliar o saber de quem cuida, com o objetivo de se estabelecer a confiança e a autonomia. Que ao invés de um conjunto de orientações prescritivas seja partilhada uma prática educativa inclusiva, a qual seja baseada nas condições reais em que o usuário vive, de tal modo que a ação alcance uma dimensão significativa para ele (Gonzalez; Teixeira; Castelo Branco, 2017).

Produzir atenção e educação em saúde é tornar possível ou devolver ao usuário a capacidade de olhar para si e sentir-se vivo, uma potência de si, que afirma a vida e com a invenção de um vivo, apesar das ausências ou insuficiências instaladas (de recursos materiais, de saberes, de encontros criativos, de rede de apoio) (Ceccim; Merhy, 2009). Importa que, apesar das circunstâncias, os encontros, as interações possam ser momentos ricos e de acolhimento, no sentido de evitar a perda da dignidade e de promover a autonomia do usuário.

Margarida em sua narrativa reconhece a importância da equipe na aproximação entre ela e seu bebê e o quanto isso faz bem a ambos. Apesar disso, ela enfatiza o distanciamento causado pelo uso de equipamentos como a incubadora. Isso serve como um alerta à equipe no sentido de aumentar o máximo possível as oportunidades de contato pele a pele, tornando este afastamento cada vez menor.

Com a ajuda da equipe, a mãe passa a entender o quanto é importante utilizar a incubadora até que o bebê alcance o controle térmico, mas que ele necessita, ao mesmo tempo, de uma relação contínua, segura e estável com os pais. Quando a assistência na UTI neonatal proporciona a qualidade de vida do bebê na incubadora e favorece o contato pele a pele com os pais, a distância é diminuída e o vínculo é melhor desenvolvido. As condições clínicas e o ritmo do RN devem ser sempre considerados, porém ele não deve ser privado da interação (Brasil, 2017).

O Método Canguru tornou-se uma realidade nos modelos de assistência no Brasil e no mundo e baseia-se em uma atenção humanizada ao RN, o que significa atender cada bebê de forma integral e singular, mantendo qualidade técnico-científica e adoção de boas práticas na área da neonatologia. Faz parte do método acolher o RN e sua família e promover a formação de vínculo nos primeiros momentos e dias após o nascimento (Brasil, 2017).

É comum que a realidade seja captada por meio de recortes pelos indivíduos. Mirando em uma perspectiva mais humanista, baseada no diálogo e na problematização, o educador deve ter como propósito possibilitar aos usuários o alcance de maiores níveis possíveis de percepção e significação do todo. Esta visão holística, alinhada ao desenvolvimento de um pensamento crítico, propiciará aos indivíduos o reconhecimento de como as partes se relacionam. Entender a realidade, entretanto, não se limita ao acesso a fatos e informações “tomados em si mesmos”, requer que os usuários apreendam o contexto no qual estão inseridos (Sevalho, 2018, p. 182).

Quando Rosa demonstra entender que as rotinas pré-estabelecidas e por muitas vezes rígidas pareciam interferir na alta hospitalar do seu bebê; que diferentes informações acerca dos critérios de alta da

UTI neonatal dificultavam a compreensão/aceitação deste processo, o que estaria implícito ou explícito em sua narrativa? Por mais que estivesse ansiosa pela alta, a mãe demonstrava ter um entendimento sobre o processo de alta, o qual parecia divergente a ponto de dificultar a aceitação da situação e do modo de condução. Isso talvez remeta à necessidade de rever quanto à uniformização da conduta profissional e da necessidade de trabalhar a forma como a informação está sendo recebida e entendida pela mãe.

Independente de Rosa ter ou não razão na situação mencionada, ela abre precedentes para um questionamento importante: será que os protocolos e rotinas devem se sobrepor sempre, mesmo quando a singularidade e a especificidade de um caso estiverem apontando para outro caminho ou uma nova possibilidade? Até que ponto vale ou não ousar na assistência à saúde, aproximando das expectativas do outro e transformando a sua vida?

Estar aberto ao novo e às diversas possibilidades, buscar incessantemente o consenso entre a ciência e as peculiaridades de cada usuário não parece ser a receita para um atendimento humanizado e resolutivo, mas uma das formas para alcançá-lo. Já dizia Derrida (2002) ao citar Benjamin: “a melhor tradução está destinada a afundar-se no crescimento da sua língua, a afundar-se nas suas renovações”. Entender o que o usuário traz como necessidade e conseguir atendê-lo requer uma dinâmica de criações, revisões, interpretações e reinvenções constantes.

Acessar e entender a realidade cotidiana do usuário e articulá-la ao saber científico parece ser fundamental no percurso de busca por mais qualidade de vida. A junção dos saberes do senso comum com o conhecimento científico se dá por meio da educação em saúde. Cabe a esta, por sua vez, trazer novos sentidos a estes saberes, através da utilização de instrumentos tais quais o diálogo como base da relação e a problematização das necessidades dos usuários (Gonzalez; Teixeira; Castelo Branco, 2017). É muito importante estar atento ao movimento que segue sem cessar, em um cenário de transformações que dificultam qualquer retorno a um estado anterior (Machado, 2016).

2.3. Desconstrução, tradução e educação em saúde: rumo à criação de uma cadeia de suplementos

O suplemento surge como algo que acresce, para somar ao que aí já se encontra, sem pretensão de fazer descoberta. Não deve ser confundido com o complemento, pois não visa suprir uma falta (Santiago, 1976).

A questão da desconstrução é também do começo ao fim a questão da tradução (Derrida, 1998, p. 19). Com esta afirmação, Derrida aponta uma ruptura da noção de tradução como cópia e mera repetição da coisa mesma. Fica mais claro ainda quando diz que “os textos traduzidos nunca dizem as mesmas coisas que os textos originais, sempre ocorre algo de novo; o paradoxo da tradução é o fato de que um texto traduzido chega a outra coisa, mas outra coisa que está em relação consigo mesma” (cf. Derrida, 1999, p. 62).

Derrida (1975), ao tratar da tradução como um movimento tradutório em que as línguas participantes sofrem alteração, inclui na discussão a influência do sujeito e daquilo que lhe é próprio: a assinatura e o idioma.

Neste sentido, Derrida torna complexa a discussão acerca da escrita tradutória, que, de forma simultânea, abrange a “iterabilidade ideal” e a “diferenciação”. Assim, considerando que a tradução abarca tanto as semelhanças quanto as diferenças, afirma a impossibilidade da traduzibilidade plena, negando que a tradução tenha apenas um sentido. A partir do momento em que a língua é tocada, ela passa por um processo de invenção. E é nesta perspectiva que é possível pensar na tradução como transformação e também como intraduzível. O intraduzível aqui não sendo visto como negação, mas como uma impossibilidade de um sentido pleno (Ferreira, 2009, p. 237).

Em Santiago (1976, p. 95), a tradução também é compreendida nesta perspectiva, como um “ato de força do tradutor”, que, por não conseguir acessar todos os significados velados, acaba se restringindo ao que é revelado. Há sempre uma polarização tendenciando à valorização de um nível de significado em detrimento dos outros. Um termo, ao ser traduzido, pode ter outros dos seus sentidos suprimidos pela tradução. É como se ela neutralizasse as outras possibilidades de significação.

Neste percurso, marcado pela tentativa de educar e produzir em saúde, a tradução surge como algo desafiador, transitando na relação entre os profissionais de saúde e os usuários. Sendo a educação em saúde um movimento em que o destaque está na diferença, não há como distanciá-lo do processo de individuação dos usuários. Cada paciente é parte de um grupo, de um espaço, de um contexto que se caracteriza por suas singularidades. Abarcar estes sentidos aí inseridos e traduzi-los sem desarticulá-los e afastá-los da realidade dos usuários, esta é a luta que parece dar abertura à criação de novos saberes e significações (Biato, 2015).

A tradução perpassa as ações em saúde, facilitando a percepção das necessidades dos usuários e possibilitando abordagens mais eficazes, o que inclui desde condutas clínicas e ações coletivas à elaboração de políticas mais abrangentes. Um outro movimento da tradução está pautado no papel do profissional de saúde que, enquanto educador, tem a oportunidade de trabalhar na busca de garantia de uma assistência integral, tentando aproximar do usuário aquilo que fará sentido em suas vivências (Biato, 2015).

Quando se pensa em suplemento, no contexto de educação em saúde, o ensinar e o aprender, o profissional e o usuário, a saúde e a doença parecem atravessar uma espécie de transbordamento, no qual convivem não como opostos, mas em um processo de justaposição. São pessoas que ocupam diferentes papéis em determinados momentos da vida, ora traduzindo como usuário, ora enquanto profissional. São seres tentando se entender em todo o tempo durante o encontro em um ambiente hospitalar, para que se alcance a solução de problemas que permeiam a internação e a alta hospitalar, a saúde e a doença, a vida e a morte.

O aprender e o ensinar passam a ser vistos de modo complementar quando é dada a oportunidade às mães de se expressarem e de serem ouvidas a qualquer momento durante o percurso da internação, de modo que isso possa embasar as práticas assistenciais ao binômio mãe-bebê. Aprender e ensinar, enquanto

circuitos de troca, transbordam e deixam de ser ações unidirecionais. Não se trata, entretanto, de consensos. A proposta é que um ser, uma atitude ou um objeto não anule o outro, mas que carreguem “rastros uns dos outros, formando cadeias suplementares” (Biato; Ceccim; Monteiro, 2017, p. 633).

O encontro com as mães através da OsT e os textos produzidos por elas possibilitaram pensar a educação em saúde sob outra perspectiva, conduzindo à criação de uma cadeia de suplementos:

Na educação em saúde, os atores do cotidiano (profissionais e usuários) são os protagonistas do aprender. A educação acontece quase que como uma peça de teatro, para atuar nela é preciso um querer, um preparo e uma consciência de que imprevistos podem surgir. São dois lados não opostos, mas congruentes, que se completam e se amarram de tal forma que, quando os resultados atendem as expectativas de ambos, um laço lindo e cheio de possibilidades se forma.

O ensinar, assim como o aprender, requer predisposição. Na assistência à saúde, a rotina consome os atores, de modo que o processo educativo, em alguns ou vários momentos, parece travar. Nesse momento deve entrar em cena os quereres de quem atua, mas também de quem está nos bastidores; engana-se quem pensa que estes são menos importantes. Estar nos bastidores é tornar possível estes acordos no palco, através da promoção de melhores condições de trabalho e escalas flexíveis que permitam que esta peça se realize.

Deste modo, a prática na saúde não pode estar distante da educação, da mesma forma que a obra não sobrevive sem os seus protagonistas e muito menos sem os seus fazeres. A tomada de decisão para o ato de educar envolve o ouvir, o cuidar, o acolher e o estudar. É um eixo transversal em que o trabalho da equipe multiprofissional deve primar pela singularidade de cada vida envolvida. Educar em saúde pode se tornar um marco fecundo quando os profissionais trabalham em prol da mobilização das práticas pedagógicas, baseando o seu exercício diário na troca multidirecional de experiências e conhecimentos. Encontrar a prematuridade e se deparar com todas as dificuldades relacionadas à sua terapêutica altera o calendário, movimenta percepções e sentimentos, desperta para um novo vocabulário, entrelaçando este todo ao que a ciência traz. Há uma condução e uma busca pelo novo. Nesta confusão de línguas em que se misturam vários idiomas, a tradução surge como uma missão necessária e, ao mesmo tempo, impossível (Derrida, 2002).

Assistir e educar em saúde compartilham o que há de mais singular e de uma força inabalável: a potência de viver. A potência, aqui entendida como a possibilidade do binômio mãe-bebê ser traduzido de diversas maneiras. Importa entender sobre tradução e saber que o binômio mãe-bebê carece de algo que ultrapassa as barreiras do visível.

À prática, cabe amplificar este conceito de forma que o binômio mãe-bebê seja compreendido e atendido em toda a sua extensão, sem que, para isso, a sua participação seja neutralizada. A proposta é que haja um espaço propício à construção de uma neonatologia mais rica, em que todos os polos sejam destaque em um processo de construção de uma nova vida a ser inserida em um novo contexto familiar. Traduzir a partir de Derrida é fugir do que é óbvio e aparente. É buscar o que está nas entrelinhas ou entrelaçado. É tornar claro o que, por natureza, muitas vezes parece inacessível. O fazer além do traduzir requer mais que um coeficiente intelectual satisfatório, mas uma capacidade de exercer a empatia e a sensibilidade de modo poético e efetivo.

Pretensamente apresentado como uma cadeia de suplementos, o texto supracitado clama por uma prática de pensamento sobre o educar em saúde, acerca do quanto é possível ser feito sem necessariamente se prender a protótipos, espaços e momentos pré-definidos. Parece haver uma oscilação na qual transitam “maneiras de pensar e de modos de agir: artistagens da vida” (Corazza, 2006, p. 26). É de grande valia poder dispor de protocolos e outros recursos que contribuem para a efetividade do serviço, porém há circunstâncias em que a tradução e a flexibilidade se fazem muito necessárias. O encontro com o outro, aqui

chamado de usuário, é marcado pelo imprevisível e sendo acontecimento, não comporta modelos de abordagem previamente elaborados.

Cabe a desconstrução de condutas padronizadas, autoritárias e inflexibilidades. Por mais ações e discursos inovadores, criativos e permeados por diálogo entre profissionais e usuários. É exatamente neste percurso que se instala o desafio da tradução, lançada em um movimento que gira em torno da ruptura e da transcrição rumo à diferença e ao processo de “tornar-se” dos envolvidos (Biato, 2015).

O educar em saúde será ainda mais relevante se for tomado como um agir artístico e, por isso, requer uma sustentação em movimentos conscientes, munidos de flexibilidades, “micro-devires”, “blocos de devir”, “continuuns de intensidade”, “conjugações de fluxos”, planos de consistência, abastecidos o suficiente para provocar e atrair o inédito (Corazza, 2006, p. 22). Trata-se de uma arte repleta de potência, em que o protagonismo deve ser de todos e, para isso, especial atenção deve ser dedicada ao acolhimento, item indispensável neste processo.

A preocupação com o vínculo a ser construído com aquele que chega enquanto usuário do sistema de saúde é determinante. É através do acolhimento que as relações nos serviços de saúde terão mais condições de se efetivarem e, conseqüentemente, as ações aí envolvidas. Isso é ação importante e constituinte da “cadeia de suplementos” e pode culminar no alcance de mais oportunidades na busca pelo cuidado e pela saúde (Biato, 2015, p. 65).

Assim, sentidos são disseminados entre remetentes e destinatários nestas relações que se dão nos serviços de saúde, como num grande movimento de *destinerrance* (Biato, 2015). Constatar o movimento da *destinerrance* aqui é tentar afirmar que a educação em saúde “é um destino a tal ponto comprometido por errâncias, que corre o risco de não atingir jamais o seu ponto final” (Bellei, 2012, p. 155).

Esta vulnerabilidade dos envios, sujeitos a um descontrole e à fuga de roteiros pré-estabelecidos, diferentemente do que se pensa, pode ter efeito potencializador sobre as vivências que preenchem as relações e os espaços que se ocupam da atenção à saúde. A *destinerrance* dista do que poderia ser chamado de destino definitivamente bem traçado e do que foge de outras alternativas possíveis. Talvez, baseando-se neste destino sujeito a errâncias, possa ser calcada uma educação em saúde com abertura ao ineditismo.

Considerações Finais

Através do método de timpanização, foi possível ouvir atentamente as mães em suas narrativas e perceber o quanto o dualismo ainda é presente nas práticas de saúde, sejam elas assistenciais ou educacionais. Aproximar do pensamento de Jacques Derrida neste estudo possibilitou suplementar a discussão acerca das práticas em saúde em uma abordagem pouco comum, mas que amplia a visão do potencial que ainda existe quando se trata das experiências em saúde.

A timpanização derridiana, efetivada aqui em três gestos indissociáveis — tatear escombros, disseminar sentidos e criar cadeias suplementares — contribuiu para uma maior aproximação com os que as mães vivem e a identificação de rastros e sinais presentes em seus corpos.

A cadeia de suplementos criada a partir da OsT aponta para o que ainda pode ser feito em um contexto, de modo a não se repetir, mas agregando ao que já existe. Haverá sempre um lugar não alcançado, uma palavra não dita, uma abordagem mais adequada para cada situação, enfim, algo a ser inventado, acrescido e que enriqueça a educação em saúde. Educar e assistir de maneira criativa, artistadora parece ser o suplemento a ser buscado constantemente.

Pode-se dizer que a OsT na qual as narrativas das mães foram produzidas funcionou como um percurso criador. Por meio dela, tentou-se abordar as experiências e necessidades maternas de um modo diferente, em que cada uma pudesse, em espaço aberto à sensibilização e à participação, expressar suas singularidades. Ali foi possível, mais que qualquer outra coisa, escutar vivências e reafirmar que, apesar das semelhanças dos seus filhos quanto aos diagnósticos firmados, cada mãe, cada bebê e cada binômio são únicos.

Referências

BECKETT, Samuel. Fin de partida. Barcelona: Institut del Teatre, 1990, p.57.

BELLEI, Sérgio Luiz Prado. Matraga revisitado: itinerário, destino, destinerrâncias. **Letras de hoje**, v. 47, n. 2, p. 146-156, abr./jun. 2012.

BIATO, Emília Carvalho Leitão. **Oficinas de Escrita**: Possibilidades de transcrição em práticas de saúde, educação e filosofia. 2015. 177 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Educação, Cuiabá, 2015. Disponível em: <http://www1.ufmt.br/ufmt/unidade/userfiles/publicacoes/88aabe215b218853be2f88abda43c45f.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022

BIATO, Emília Carvalho Leitão; CECCIM, Ricardo Burg; MONTEIRO, Silas Borges. Processos de criação na atenção e na educação em saúde. Um exercício de “timpanização”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 621-640, 2017. ISSN 1809-4481. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300013>

BIATO, Emília Carvalho Leitão; MONTEIRO, Silas Borges. Saber-se. Educação para a saúde. In: MATTOS, Magda de; VERONESI, Camilla Lucchese; JUNIOR, Aristides José da Silva. *Enfermagem na educação em saúde*. Curitiba: Prisma, 2013.

BIATO, Emília Carvalho Leitão; NODARI, Karen. Ler, escrever, pesquisar: uma metodosofia. **Revista Teias**, v. 21, n. 63, p. 282-296, dez. 2020. ISSN 1982-0305. DOI: <https://doi.org/10.12957/teias.2020.53881> Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/53881/36142>. Acesso em: 9 ago. 2022.

BIATO, Emília Carvalho Leitão; COSTA, Luciano Bedin da; MONTEIRO, Silas Borges. Pequenas e grandes saúdes: uma leitura nietzschiana. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 965-974, 2017. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18412015>

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.: il.
- CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. Supl. 1, p. 531-542, 2009.
- CORAZZA, Sandra Mara. **Artistagens: filosofia da diferença e educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- CORAZZA, Sandra Mara. **O que se transcria em educação?** Porto Alegre: UFRGS, 2013.
- CORAZZA, Sandra Mara; RODRIGUES, Carla Gonçalves; HEUSER, Ester Maria Dreher; MONTEIRO, Silas Borges. Escrita: um modo de ler-escrever em meio à vida. **Educação e Pesquisa**, v. 40, n. 4, p. 1029-1043, 2014. DOI: 10.1590/S1517-97022014121435. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ep/article/view/88444>. Acesso em: 9 ago. 2022.
- DERRIDA, Jacques. 1999. Lo Ilegible. *In: No escribo sin luz artificial*. Cuatro, Ediciones Valladolid, Espanha, p. 49-64. Entrevista publicada pela primeira vez na *Revista de Occidente* número 62/63, 1986, p. 160-82.
- DERRIDA, Jacques. Carta a um amigo japonês. *In: OTTONI, P. (org.). Tradução: a prática da diferença*. Tradução E. Lima. Campinas, SP: Unicamp; Fapesp. 1998. p. 19-25.
- DERRIDA, Jacques. *Torres de Babel*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.
- FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. **Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 213-229.
- GONZALEZ, Chistiany Moçali.; TEIXEIRA, Maria Luiza de Oliveira; CASTELO BRANCO, Elen Martins da Silva. Cuidado educativo compartilhado: estratégia de ação da enfermagem junto a usuários com insuficiência renal crônica. **Rev. baiana de enfermagem**, v. 31, n. 3, p. e17536, 2017. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i3.17536>
- LUIZ, Ariane Faleiro. **Práticas educativas de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família: reflexões desde a educação popular e saúde**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2013.
- MACHADO, Fernanda Leonel. **Tessitura da individuação: como o aluno a oficial da Academia de Polícia Militar Costa Verde se torna o que é**. 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Educação, Cuiabá, 2016.
- MARCIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 773-776, out./dez. 2009.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Angel. Dialógica, etnografia e educação em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 399-405, 2010. ISSN 1518-8787. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000016>
- PAEZ, Anita Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Sobre a performance de sofrimento na web: narrativas de mães de crianças com condições crônicas complexas de saúde em uma revista eletrônica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. e290104, 2019
- PEREIRA, Edimilson de Almeida. **Homeless**. Belo Horizonte: Mazza edições, 2010.

PIMENTEL, Andréia Guerra; SPIEGEL, Carolina Nascimento; MOREL, Ana Paula Massadar; RIBEIRO, Carla Cristina Moreira; GOMES, Suzete Araújo Oliveira; ALVES, Gutemberg Gomes. Concepções de educação em saúde nos jogos didáticos sobre *Aedes aegypti* no Brasil: uma revisão integrativa. **Investigações em Ensino de Ciências**, v. 26, n. 1, p. 285-304, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.22600/1518-8795.ienci2021v26n1D285>

ROSENBERG, Marshall Bertram. Comunicação não violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. Tradução Mário Vilela. 5 ed. São Paulo: Ágora, 2021.

SANTIAGO, Silviano. Glossário de Derrida. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2018. ISSN 1807-5762. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>

VARGAS, Juliana Ribeiro de; XAVIER, Maria Luisa Merino de Freitas. Conceitos e práticas para pesquisas contemporâneas: algumas palavras sobre a obra Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação. **Educação em Revista**, v. 29, n. 4, p. 279-288, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-46982013000400012>

Contribuições das autoras:

Nélia Cristiane Almeida Caldeira: concepção e desenho do estudo, realização das oficinas, análise dos resultados, redação do artigo, ajustes e aprovação final da versão publicada.

Emília Carvalho Leitão Biato: desenho do estudo, revisão da redação do artigo, ajustes e aprovação final da versão publicada.
